



TITLE:

臨床診断ト手術所見

AUTHOR(S):

CITATION:

臨床診断ト手術所見. 日本外科宝函 1938, 15(1): 101-109

ISSUE DATE:

1938-01-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/204904>

RIGHT:

僅カニ上下ニ移動スルヲ觀ル以外ニハ蠕動不安其他ノ異狀ナシ。觸診スルニ一般ニ腹壁緊張ヲ證セズ、腹壁膨起部ニ一致シテ鷲卵大ノ腫瘤アリ。横ニ長ク境界ハ上下及ビ右方ニ明瞭、左方ニ不明瞭。硬度ハ弾力性軟、壓痛アリ、上下ヘノ移動可能ナルモ左右ヘハ不能。腸音ハ著明ナルモ鎖響性ナラズ。直腸膨大部ハ正常。

レ線検査： 經肛門ニ注入セル「バリウム」ハ脾彎曲マデ到ルモ其ヨリ上行セズ、腫瘤ノ境界不鮮明ナル部ニ一致シテ中絶ス。

診斷： 横行結腸重積症

手術所見： 開腹スルニ迴腸及ビ上行結腸ノ横行結腸内ヘ侵入セル腸重積症ニシテ、此ノ際上行結腸腸間膜症ガ認メラレタリ。侵入部ニハ著明ナル血行障礙アルヲ以テ之レヲ切除ス。

經過： 術後、輸血其他ノ處置ニ依リ次第ニ輕快、3週目ニ全治退院。

考察： 本例ハ迴盲部重積症デアツテ重積ガ高度トナリ、殊ニ先天性上行結腸々間膜症即チ Mesenterium ileo-colicum commune ヲ有セルタメ、恰モ横行結腸ノミノ重積症ノ如ク、正中線ヲ越エテ左方ニ比較的固定セル腫瘤ヲ觸シ誤診ノ原因トナツタモノデアル。

臨床診斷ト手術所見

結核性ト考ヘラレタル空腸上部狹窄症ノ1例

上 原 孫 作 (京都外科集談會昭和12年11月例會所演)

患 者： 24歳、女(昭和12年5/XI)

主 訴： 時々現ハレル嘔吐

現病歴： 本年15/VII暴食暴飲ニ引續キ心窩部ニ鈍痛ヲ覺エ、熱感アリ、惡心、嘔吐、下痢ヲ來シ、斯カル症狀ハ1週間程デ去リ、以來粥食ヲ攝リ何等障礙無ク經過ス。10/X 正常食ヲ攝リシニ食後4時間ニシテ惡心ヲ覺エ大量ノ嘔吐ヲ來セリ。ソノ後殆ド規則的ニ4~5日隔キニ同様ノ嘔吐ガ起ル。嘔吐ノ來ル模様ハ、前日ヨリ腹部ニ緊張感ヲ覺エ、右季肋部ニ「グル」音ガ聞エ、右腹側ニ蠕動不穩ヲ感ズ。常ニ食後4時間ニシテ起リ、吐物ハ黄褐色ノ液體ニ僅カノ食物殘渣ヲ混ジ苦味酸性ナルモ、珈琲殘渣様物ヲ混ゼシコト無シ。發病來噯氣、吞酸、嘈雜等ノ苦惱ナシ。食思睡眠共ニ良好。便通ハ秘結ニ傾ク。著シク羸瘦セリ。

既往歴及ビ家族歴： 特記スベキモノ無シ。

現 症： 體格稍々小、骨格纖弱、榮養稍々衰へ、皮膚稍々蒼白。體溫上昇無ク、脈搏80、整ナルモ緊張稍々弱。右肺尖部打診上輕濁音ヲ呈シ、呼吸延長シ粗。

腹部一般ニ陷凹シ、心窩部瀰漫性ニ膨滿シ明瞭ニ蠕動波ヲ認ム。蠕動波ハ臍ノ右上部ニ特ニ著明、時ニ「グル」音ヲ發シテ消失ス。觸診上抵抗モ腫瘤モ觸レズ。Stoss palpation ニテ心窩部ニ plätschergeräusch ヲ聞クノミ。直腸膨大部異常擴張ヲ認メズ。

血液所見： 赤血球數317萬、ヘモグロビン含有量43(ザーリ)、白血球數6400、大淋巴球3、小淋巴球37、合計40%。即チ貧血ト相對的淋巴球增多症ヲ示ス。

赤血球沈降速度： 中等價25.5デ稍促進。

胃液検査： 前、後液共ニ游離鹽酸、總酸度共ニ正常、消化良好。

十二指腸液検査： 粘液ヲ多量ニ混ズルモ、前後液共潛血反應陰性。

糞便潛血反應： 「ペンチデン」, 「グアヤク」共ニ陽性。

藥理學的検査：「アドレナリン」，「ピロカルピン」共に反應弱。

血清反應：ワ氏，村田氏共陰性。

マンロー氏皮内反應：陰性。

診 断：吐物ニ胆汁ヲ混ズルコトヨリ十二指腸下部ノ通過障礙ガ考ヘラレル。ヨツテレ線検査ヲ行ツタ。

レ線検査：十二指腸單獨撮影法。十二指腸空腸曲部ニ果シテ輪狀狹窄アリ。以下粘膜皺襞ハ粗ニ腫脹シ腸管内腔ヲ強く狹窄シテ居ル。レ線觸診デハ軟イ索狀物ヲ觸レルノミ。幽門輪ハ哆開シ，十二指腸内容ノ胃ヘノ逆行ハ著明。粘膜ニ破壊像無ク，癌ハ除外シ得。又所謂特發性十二指腸擴張症デモナイ。輪狀狹窄ノアルコトハ血行性結核感染ニヨル癒痕性萎縮ニヨル空腸上部狹窄ト考ヘラレル。然シナガラ結核ノ好發部位タル廻盲部ハレ線學的検査デ全ク正常。(附圖Ⅰ參照)。

手術所見：十二指腸ハ擴張シ，之ニ引續キ空腸モトライツ氏帶カラ約10厘米互リ擴大シ，漿膜面充血ス。該部ノ腸間膜内ニハ示指頭大乃至拇指頭大ノ淋巴腺腫脹6個ヲ認ム。此等ハ弾力性軟，稍々發赤スルモ，膿瘍化ノ徵候ヲ認メズ。空腸部ハ觸診上，腸管壁殊ニ粘膜層ハ著シク肥厚シ，弾力性軟。此ノ粘膜層ノ腫脹ガ腸管内腔ノ狹窄ヲ惹起スルト同時ニ空腸ヲ expansiv ニ擴大セシメタノデアル。輪狀狹窄ハ證シ得ズ。胃ハ幽門輪哆開スルモ，他ニ器質的病變ナク十二指腸周圍炎アリ。

十二指腸ノ起始部ニテ幽門輪カラ3厘米肛門側ト，トライツ氏帶カラ30厘米空腸トヲ結腸後方ニテ吻合ヲ行ヒ，Mesocolonschlitzzヲ吻合周圍ノ十二指腸前壁ニ縫ヒツケタ。(附圖Ⅰ參照)

術後経過：現在術後7日目少量ノ食餌シカ攝ツテオラヌガ，蠕動不穩去リ。惡心，嘔吐無ク，食慾モ漸次良好トナリツヽアリ。

腸間膜淋巴腺剔除標本所見：一般ニ淋巴濾胞ガ數ト大イサトヲ増加シ Hyperplasie ガ著明ナルモ，結核，梅毒等特殊慢性炎症ノ像ハナク，單純慢性淋巴腺炎症デアル。

考察：本例ニ於テハ十二指腸單獨レ線撮影法ニヨリ狹窄ノ部位，狀態ヲ明確ニ知り得タガソノ本態ニ就テハ曾ツテ山内學士ガ報告シタル結核症例ノ如ク輪狀狹窄アリ，更ニ血液像ニ淋巴球增多症アリ，沈降速度亢進，肺部所見等ニヨリ結核性ト考ヘラレタガ，一方結核トスルト粘膜腫脹ハ消化管ヲ經タ感染デナケレバナラヌガ，然ル時ニハ他ノ粘膜面ニモ感染ガアツテモ可ナルモ，腸結核ノ好發部デアル廻盲部ハ全ク正常。更ニマンロー氏反應陰性タルコトハ結核ニ相當セズ。梅毒ハ思ヒガケヌ型ヲトリ來リ得ルモノデアルガ患者ハワ氏反應陰性ナリ。結局本態ニ就テ確定的所見ヲ把ミ得ナカツタ。

次ニトライツ氏帶部ノ狹窄ニ就テ手術ハ單ナル胃腸吻合術ハ役立タヌ。本例ニ於テハ十二指腸起始部ト空腸トヲ吻合ヲ行ツタ。斯クスレバ内容ハ一旦十二指腸下部即チ狹窄直上ニ進入シテモ，逆蠕動ニヨリ起始部迄戻リ，吻合ヲ越エテ空腸ニ至リ得ル。内容ガ空腸ニ入り十二指腸ノ擴大ガ減退スレバ，幽門輪ノ哆開度ハ減退シ，胃ヘノ逆行ハ無クナリ更ニ吻合ノ通過ハ容易トナリ得ル。

術後日尙淺イガ術後ノ経過ヨキヲ考ヘテモ十二指腸空腸吻合術ハトライツ氏帶部ニ於ケル狹窄ニ對スルツノ Methodik デアル。

横行結腸内孤在性「ポリープ」ノ1例

山 中 四 郎 (京都外科集談會昭和12年10月例會所演)

患 者： 竹○素○，6歳，♀

主 訴： 間歇的ニ起ル血便

現病歴： 本年4月24日誘因ナクシテ突然糞便ガ粘液様トナリ，且ツ血液ヲ混ズ。輕キ惡心嘔吐以外ニハ全ク自覺症狀ナシ。第2回目ハ5月初旬，「チョコレート」様ノ硬便ヲ出ス。第3回目5月14日下痢便，「テール」様惡臭アル便ヲ出ス。第4回目，6月7日「テール」様便ヲ出ス。第5回目ハ長ク6月下旬ヨリ7月18日迄約20日以上「テール」様便ヲ出シ，爾後便ハ正常デアル。

既往歴： 満期安産，著患ヲ知ラズ。

遺傳歴： 結核性ノモノナク，特ニ本例ノ如キ訴デ治療サレタルモノナシ。

現 症： 一見蒲柳ノ質ニシテ貧血ハナシ。淋巴腺腫脹ヲ觸レズ。胸部正常。局所々見，腹部外診上變化ナシ。觸診上腹壁緊張，壓痛ナク腫瘤ヲ觸レズ。唯ダ時々 S 狀結腸部ニ其ノ收縮ニヨルタメカ索狀物ヲ觸レル。肛門内指診デ變化ナク，肛門部ニモ出血ノ場所ヲ見出し得ズ。

血液像： 特記スベキ所見ヲ認メズ。

糞便検査： 有形，黒褐色，寄生蟲卵ナシ。

潜血反應： 「ベンチデン」，「グアヤク」共ニ強陽性。

診 断： 1) 患兒ハ蒲柳ノ質ナルコト，2) 間歇的ノ血便，3) 便秘ト下痢ガ交互ニ來ル點ヨリ考ヘ得ラレルモノハ a) 腸結核，b) 慢性腸重積症，c) 「アメーバ」赤痢，d) 諸種出血性素因，e) 腸管「ポリープ」デアル。腸結核ハ最も疑ハシイガ本病ニ多イ廻盲部ニ壓痛抵抗モナク，腹痛モナイ。慢性腸重積症モ前記諸所見ヨリ除外シ得。「アメーバ」赤痢ハ糞便検査ヨリ否定シ得。d) ハ勿論否定シ得。結局臨床的ニハ全然所見ヲ擧ミ得ズレ線検査ヲ行フ。

レ線検査所見： 横行結腸ニ強イ收縮ノ現ハレルコト，比較的新シイ血液ヲ出ス點ヨリ出血部位ハ結腸内ニアリト考ヘ，造影劑ヲ經肛的ニ注腸シタガ，「Ba」ハ容易ニ結腸ヲ充タシ，更ニ廻腸ヘト逆行ス。而モ其ノ充盈像ニ異常所見ナク從ツテ腸重積症，腸結核ハ除外シ得。ソノ他病的所見ヲ認メズ。粘膜面ヲ精査スルタメニ「Ba」ヲ排出シ粘膜皺襞像ヲ檢スルニ，横行結腸ノ肝彎曲部ヨリ約8糎ノ所ニ Relief 現ハレズ丸イ Gebilde ノアルヲ認メタ。レ線觸診ヲ試ムルニ臨床上證明シ得ナカツタ軟イ腫瘤ヲ觸レル。再ビ「Ba」ヲ注腸シ横行結腸ニ dosierte Kompression ヲ加ヘルニ附圖ノ如キ圓キ陰影缺損部ヲ獲タ。次ニ經肛門第Ⅲ検査法即チ結腸内ニ空氣ヲ注入スルニ，同様ノ腫瘤ヲ同所ニ依然トシテ證明ス。他ニ腫瘤ナシ。腫瘤ハ結腸内ヲ3—4糎移動セシメ得ルガ，一定範圍外ニ持チ行カレズ。Skybala (糞塊)トノ鑑別ハ硬度，移動性ノ差違ニヨツテ容易デアル。以上ノ所見ヨリ本疾患ハ横行結腸ノ孤在性「ポリープ」デアルコト確實デアル。(附圖Ⅱ参照)。

手術所見： 正中線切開ニテ開腹。腹腔内正常。レ線所見ト全ク一致シテ有莖性孤在性「ポリープ」ヲ發見。

處 置： 粘膜ニ接シ莖ヲ燒灼除去ス。

術後経過： 良好，19日目糞便正常。潜血反應陰性。全治退院。

摘出標本所見： 「ポリープ」ハ莖ノ長サ2.5糎，腸間膜附着部ノ粘膜ヨリ發生ス。位置ハ肝彎曲部ヨリ肛門側ニ13糎ノ横行結腸ニアリ。表面ハ fein granuliert。橢圓形(長徑7糎，短徑5糎)。(附圖Ⅱ参照)

組織學的所見： 粘膜ヨリ發生シタ定型的ノ「ポリープ」。擴大シタ細血管，小圓形細胞，淋巴球ノ浸潤アリ。

考察： 本例ハ間歇的ノ血便ヲ主訴トシ，臨床上據ルベキ所見ナク，レ線検査ニヨツテ始メテ術前「ポリープ」像ヲ發見シ得タ1例デアル。本例ハ組織學的ニハ後天性新生物ノ如キ所見デアルガ，腸管内ニ突出シ常ニ刺激ヲ受ケテキルガタメ，二次的ニ炎衝ノ起ルノハ當然デアル。孤在性ナルコト，手術時周圍結腸粘膜ニ炎衝性變化ノナイ點ヲ併セ考ヘテ先天性新生物ト考フルヲ至當トス。Schmieden-Westhues ノ分類ニ從ヘバ本例ハ明ニ其ノ第1型ニ類シ惡性ニ變化スル傾向ノ最も少イモノデ，從ツテ粘膜ニ接シテ莖ト共ニ切除ヲ行ツタダケデ良カツタモノデアル。

外傷性腸管破裂ノ1例

森 欣 一 (京都外科集談會昭和12年10月例會所演)

患者: 57歳, 男子

主訴: 臍部ノ持続性劇痛

現病歴: 本年4/X午後2時15分自動車ト電車ト衝突シ, 其ノ際患者ハ反動ノタメ側方ノ扉ニテ左後頭部及ビ左肩ヲ強打サレ倒レ, 同時ニ劇烈ナル持続性腹痛ヲ來セリ。直接腹部ニ打撃ヲ受ケタルコトナシトイフ。

既往歴: 8歳ノ夏突然臍部ヲ中心トシテ腹痛ヲ來シソノ後1年間屢々同様ノ症狀ヲ發セシコトアリ。爾來50年間全く健康ニシテ藥餌ヲトリシ事ナシ。

一般所見: 體格榮養良, 貧血ヲ證明セズ。脈搏整正, 緊張, 大キサ共ニ尋常, 100/m, 呼吸安靜, 體溫36.8°C, 肺, 心臓ニ異常ナシ。

局所々見: 腹部膨滿陷沒共ニナク蠕動不穩, 靜脈怒張, 皮膚色變化ヲ認メズ。

腹壁緊張, Blumberg 氏症候ハ午後3時30分(事故後1時間15分)右側半分ニ證明サレ30分後ニハ全腹ニ及ベリ。臍部ノ右2厘ノ所ニ著明ナル壓痛點ヲ證明ス。腸雜音ハ午後3時30分左腹下部ノミニ僅カニ聽キ得タルモ30分後全く聽クコト能ハズ。Ampulla recti ハ擴大セズ。Douglas 氏腔ニ異常ナシ。兩足ハ股關節, 膝關節ニテ屈曲位ヲ採ル。事故以來患者ハ惡心嘔吐ヲ訴ヘズ。

血液検査: 午後4時(事故後1時間45分), 赤血球數498萬, 白血球數10800, 中性多核白血球75%。

尿中大腸菌: 來院時即チ事故後1時間ニ尿意アリ, 清潔試験管ニ點滴様ニ約10cc 排尿ス。此ノ尿中ニハ大腸菌ヲ證明スル事能ハズ。再ビ「カテーテル」ニテ充分膀胱尿ヲトリ檢スルニ無數ノ大腸菌ヲ證明シ得。(事故後1時間30分)。

診斷: 局所々見及ビ尿中大腸菌ノ著シキ存在ニヨリ腸管破裂ト診斷サル。

手術: (事故後3時間30分)正中切開ニテ腹腔内ニ入ルニ大網膜ハ臍部ヲ中心トシテ局所ヲ蔽ヒ著シク充血シ大網血管ハ中等度ニ怒張擴大ス。腹水ハ白色濁潤, 不透明, 惡臭ナシ。小腸ハ浮腫狀ニ充血シ限局性收縮ヲ認メズ。所々ニ灰白色ノ附着物アリ。トライツ氏靱帶ヨリ徐々ニ小腸ヲ追及, 檢スルニ腸間膜ノ間ヨリ稍, 黃色ヲ帶ビタル白色不透明ノ腹水及ビ時々食物ノ殘滓ヲ證明セリ。トライツ氏靱帶ヨリ約260cmノ所ニ腸間膜附着部ノ反對側ニ長徑2cm, 短徑1.5cmノ橢圓形ノ漿液面缺損部アリ。ソノ中央ヨリ唇狀ニ腸粘膜反轉シソノ部ヨリ食物殘滓ヲ混ゼル黃色ノ腸内容ヲ流出スルヲ見ル。直チニ漿液面ヲ縫合閉塞シ胃, 小腸, 大腸, 大網膜, 肝, 脾ヲ精細ニ検査セシモ異常ナシ。腹壁腹膜面ヲ檢スルニ臍ヨリ右2横指ノ所ニ術前ノ壓痛點ト一致シテ稍々粗糙ナル部アリ。腹腔内ハ洗滌スルコトナク腹腔内及ビ手術創面ニ大腸菌「コクチゲン」¹, 連荷「コクチゲン」²各3ccヲ注入シ腹壁ハ3層ニ縫合閉塞ス。

術後經過: 順調ニテ術後12時間腸雜音ヲ證明シ Défense, Blumberg 氏症候ハ消失, 24時間目3回ノ放屁アリ, 以後粥食ヲトラシメ4日目ヨリ體溫, 脈搏共ニ正常ニ復歸, 手術創ハ其ノ下部2cmガ血腫ノタメ略開セル外第I期癒合ヲ營ム。大腸菌ハ術後5日目マデ證明サレタルモ抜糸(7日目)後證明セズ。

考察: 本例ハ外傷ニヨル腸管破裂ノ1例ナリ。前腹壁ニ何等直接外力ヲ受ケザリシニモ拘ラズ本症ヲ見タルハ既往歴ニヨリ恐ラク50年前ノ腹部疾患ノ時前腹壁臍ヨリ2横指右ノ部分ニ損傷腸管壁ノ癒着ヲ來シ, 今回ノ事故突發ノ際前腹壁ノ筋肉ガ急激ニ強度ノ緊張收縮ヲ來セル爲上記ノ癒着部ニ於テ破裂ヲ來セシモノナルベシ。本例ハ術前ニ於テ局所所見及ビ尿中大腸菌ノ著明ノ存在ニヨリ明カニ腸管破裂ト診斷シ得タルモノナリ。

胃穿孔性腹膜炎ノ診斷ニ就テ

白 羽 彌 右 衛 門 (京都外科集談會昭和12年11月例會所演)

患者：60歳，男

主訴：腹痛

現病歴：約3年前カラ上腹部＝緊満感アリ嘔氣現ハレ本年夏頃ヨリ次第ニソノ程度ヲ増シ食後2～3時間ニシテ上腹部＝刺穿性疼痛ヲ來シ時ニハ食直後又ハ夜間空腹時ニモ同様ノ疼痛ヲ來ス様ニナリ，且顔面蒼白トナリ羸瘦加リ便秘勝ニナリ時々糞便ノ異變ヲ認ム。吞酸，惡心，嘔吐ナシ。

18/X午前胃ノレ線検査，胃液検査ヲ受ケタ刻流動食ヲ喫シタガ夜12時頃排便シタ頃カラ腹部全般＝鈍痛現ハレ19日午前3時頃腹痛ハ極メテ激烈トナリ冷汗ヲ伴ヒ自ラ腹壁ノ緊張セルヲ認ム。上腹部陷凹，右側肩胛部疼痛，失神ナシ。19日午前7時頃ヨリ腹部膨滿ヲ氣附ク。爾來腹痛ト腹部ノ膨滿ハ増加シテ便通放屁全クナク食思不良トナリシモ，22日午前3時頃大量ノ放屁ヲ伴ヒ排便シテヨリ腹痛ハ次第ニ疝痛様トナリ「グル」音，放屁ニ伴ヒ消退ス。疼痛發作來惡心，嘔吐，熱感ヲ認メズ。

既往歴，遺傳關係：共ニ特記スベキモノナシ。

現症：（疼痛發作後約78時間初診時）意識明瞭稍々興奮ス。栄養極貧，皮膚粘膜共ニ蒼白，皮膚ハ弛緩乾燥ス。顔貌苦悶狀ヲ呈シ旺ニ吃逆ヲ發ス。脈搏1分時80，整正稍々小，緊張良。呼吸ハ胸腹型ニシテ1分時20，呼吸困難ナシ。瞳孔反應尋常，僅カニ灰白色ノ舌苔ヲ認ム。心臟ハ第2大動脈音亢進セル外異常ナク，肝肺境界ハ第Ⅶ肋骨上緣ニシテ肺ニ著變ナシ。

腹部ハ一般ニ著明ニ膨滿シ側腹部ノ膨滿亦著明ナルモ靜脈怒張，蠕動不穩，限局性膨滿ヲ認メズ。觸診上，臍ヲ中心トシテ2手掌大ノ壓痛並ニ抵抗部ヲ觸レ且ソノ部ハ Blumberg 氏症候陽性ニシテ殊ニ右半部ハ稍々著明ナリ。壓痛ト抵抗ノ境界上ハ劍狀突起尖端ヨリ3横指下，右ハ右前腋窩線，左ハ左乳嘴線，下ハ恥骨結合上4横指。腹筋ハ弛緩シテ緊張全クナシ。打診上側腹部ニ濁音ヲ證シ，聽診上到ル所腸雜音ヲ聽キ廻胃部ハ時々有聲性ナリ。直腸膨大部ハ中等度ニ擴大シ Douglas 窩ハ壓痛ナク著變ナシ。

血液像：赤血球數402萬，Hb. 35(Sahli)，白血球數6,800，中性嗜好性細胞82.0%。

尿所見：著變ナク Diastase 2⁺，大腸菌陰性。

レ線検査：横隔膜下ニ瓦斯ナク，胃幽門部ノ通過障礙ヲ證セズ，小彎ニ沿ヒ Pars praepylorica ニ皺襞缺如シ，uniformige Schattendefekt アリ，稍々壓痛アリ。小腸，大腸ハ瓦斯ヲ滿シテ膨滿シ，殊ニ横行結腸ハ膨滿シテ蠕動運動ヲ失ヒ大腸壁陷凹ハ猶存ス。

診斷：患者初診時ノ陽性所見トシテハ腹部ノ瀰漫性膨滿，臍ヲ中心トスル抵抗，壓痛，Blumberg 氏症候，中性嗜好性細胞比較的增多ノミデ疼痛發作來ノ經過ヲ問診スルモ pathognomomisch ナル所ナシ。患者ノ現病歴ヨリ考ヘ得ルコトハ先ヅ胃穿孔及ビ之ニ續發セル急性腹膜炎ナルモ上述ノ如ク現ニ pathognomomisch ナル所ナク確信ヲ得ズ。局所所見ヨリハ寧ロ急性腸不通症ナルモ之トテ發作性疼痛，腸蠕動不穩，腸強直ヲ證スル間ハ明カニ鑑別シ得ルモ既ニ病機進行シテ腸痙攣ヲ起スニ至レバ本例ノ如キ狀態ニ移行シウルモノ故之亦疑ハシ。レ線検査ノ推定ハ胃癌ガアリ，ソノ浸潤ハ結腸間膜ニ及ビ，タメニ横行結腸ハ上方ヘ牽引セラレ，而カモ運動ヲ失ヒ通過障礙ヲ惹起セルモノトセラレタ。臨床的ニモ3時間後既ニ Blumberg 氏症候ハ消失シテ，側腹部ノ鼓腸著明ナルコトヲ發見シテ，直腸膨大部ノ中等度ニ擴大セルコトト併セ考ヘ，消化管ノ通過障礙，殊ニ結腸部ニ於ケル狹窄ヲ疑ハシメタルモ，患者ノ病歴ト初診時ニ證シタル Blumberg 氏症候陽性ナリシ一事ハ炎症ヲ否定スルコトヲ得ズ，臨床的ニハ結局急性腹膜炎ト診斷セラル。

手術：正中線切開，腹腔ヲ開クニ瓦斯ハ出ズ潤濁セル腹水アリ大網ハ横行結腸ニ向ツテ萎縮シ腸管ハ瓦斯ヲ滿シテ膨滿ス。肝床ト胃前壁ハ寒天様纖維素ヲ以ツテ癒着シ之ヲ剝離スルニ胃壁ハ脆ク，充血シテ浮腫性ニ腫大ス。幽門ヲ去ル約3横指，小彎側ニ約大豆大ノ穿孔ヲ認メ穿孔部ヲ中心トシテ約胡桃大ノ部ハ彈力性硬，表面稍々不整，境界鮮明，周緣ハスベテノ方向ニ凸部ヲ向ケ，堤防狀ニ高マル。胃内容ハ結腸外側ヲ流レテ右ハ肝彎曲ヨリ廻胃部ニ達シ左ハ脾彎曲ヨリ下行結腸ニ沿ヒ下行シテ小骨盤腔ニモ達シ潤濁腹水ト寒天様纖維素ヲ多量ニ證明ス。結腸走行ノ内側，小腸走行部ノ大部分ノ腹膜ハ汚染セラレズ。

穿孔部ハ漿液面ヲ縫合シテ閉塞シ，ハツケル氏胃腸吻合術ヲ施シ患部及ビ兩側腹部ニ排膿法ヲ施シタリ。

術後経過：術後第2日腸雜音著明，第3日放屁，排便自然ニ現ハレ，第6日より經口のニ食物ヲ攝リ極メテ良好ニシテ，腹壁切開創一部化膿シタルモ第11日よりハ無熱ニ經過シテ第30日ノ今日創ハ細小トナリ分泌液モ極メテ少量ナリ。本例ハソノ病歴ト手術時所見ヨリ併セ考ヘテ肝膵性潰瘍ガ癌性變化ヲ來セルモノト考ヘラルルヲ以ツテ逐ツテ胃切除ヲ行フベシ。

考 察：本例ハ胃穿孔後手術迄ニ85時間ヲ經過シ而モ比較的良好ナル経過ヲトツテ，穿孔内容ハ大腸走行ノ外側ヲ流レ，且穿孔部ヨリノ洩出モ止ミ，炎症ハ漸次限局セラレテ腹腔中央部ハ全ク汚染セラレナカツタメニ，重篤ナル汎發性腹膜炎ヲ起スニ至ラナカツタモノデアルガ大網ノ癒着ニ因ル橫行結腸ノ上方ヘノ牽引及ビ炎症ニ因ル結腸ノ膨滿ノタメ結腸通過障礙ヲ疑ハシメ，而モレ線的推定ハ胃癌並ニソノ浸潤ニ因ル結腸通過障礙ト云フコトデアツタガ，臨床的ニハ早期ニ現ハレタ Blumberg 氏症候ヲ唯一ノ據點トシテ急性腹膜炎ノ診斷ガ下サレタルモノナリ。以上ノ事實ヨリ下ノコトガ教ヘラレル。

1) 病歴ニ於テ胃潰瘍ヲ疑ハシメル様ナ患者ニ對シテ胃ノレ線検査ヤ胃液検査ナドヲ續ケ様ニ不注意ニ行フコトハ慎マネバナラス。此ノ患者ハ全クソレガ原因デ穿孔ヲ起シタモノト考ヘラレル。

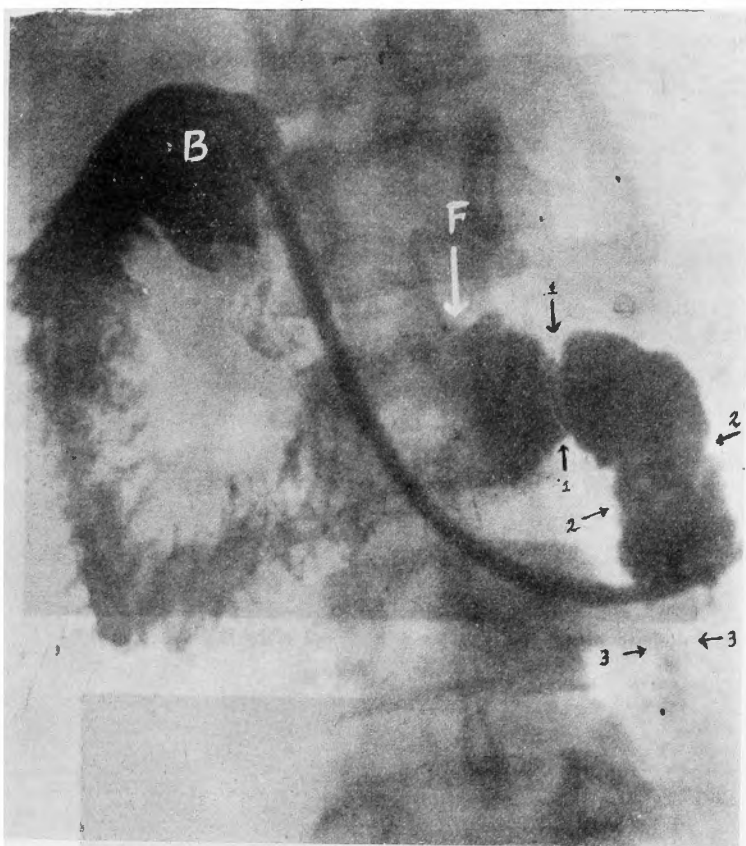
2) Blumberg 氏症候ハ他ノ腹膜炎ノ症候ガ缺ケル時デモ現ハレ得ルモノデアルガ疼痛發作後約80時間以上デハ消失スルコトガアルモノト考ヘラレル。

3) 此ノ患者デ汎發性腹膜炎ノ症狀アリ乍ラ，尿中大腸菌ノ陰性デアツタコトハ腸管ニ關係ノアルモノデハナクテ胃ニ關シタモノデアルコトニ一致スル。從ツテコノ所見ハ此ノ場合デモ補助診斷ノ一助トナツテキル。

4) 腹痛ト共ニ Blumberg 氏症候ガアリ尿中大腸菌陰性デ吃逆ガアレバ大抵胃穿孔ヲ疑ツテモヨイト考ヘラレル。

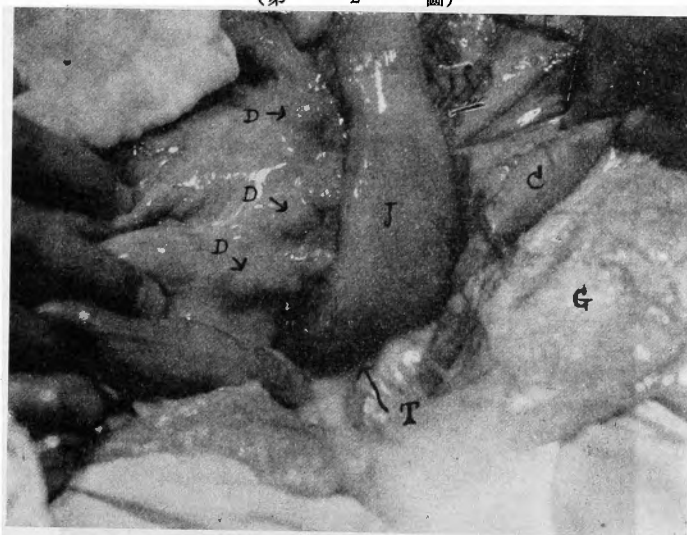
附圖 I 結核性ト考ヘラレタル空腸上部狭窄症ノ1例

(第 1 圖)



B: 十二指腸球部, F: 十二指腸空腸曲, 1: 輪狀狭窄, 2: 粘膜皺襞粗大, 3: 粘膜皺襞粗大トナリ狭窄スルヲ示ス

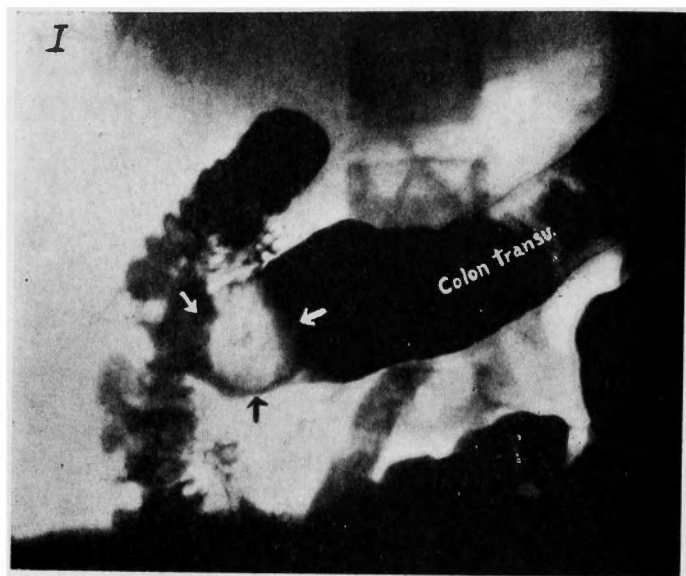
(第 2 圖)



G: 大網膜, C: 横行結腸, T: トライツ氏帶, D: 腸間膜腫脹淋巴腺, J: 空腸起始部, 外見上擴大スルモ腸管壁, 特ニ粘膜層ハ腫張シ爲ニ内腔ハ狭窄サル。

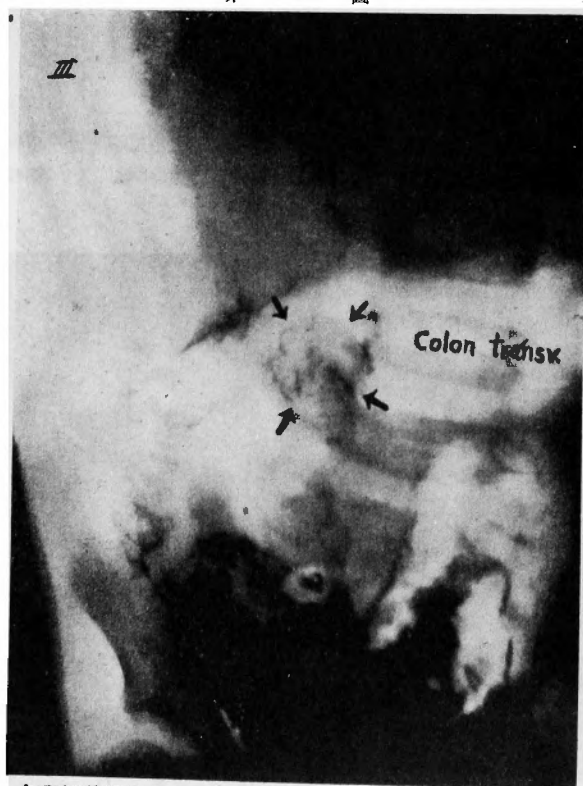
附圖Ⅰ 横行結腸内孤立性ポリープノ例

第 1 圖



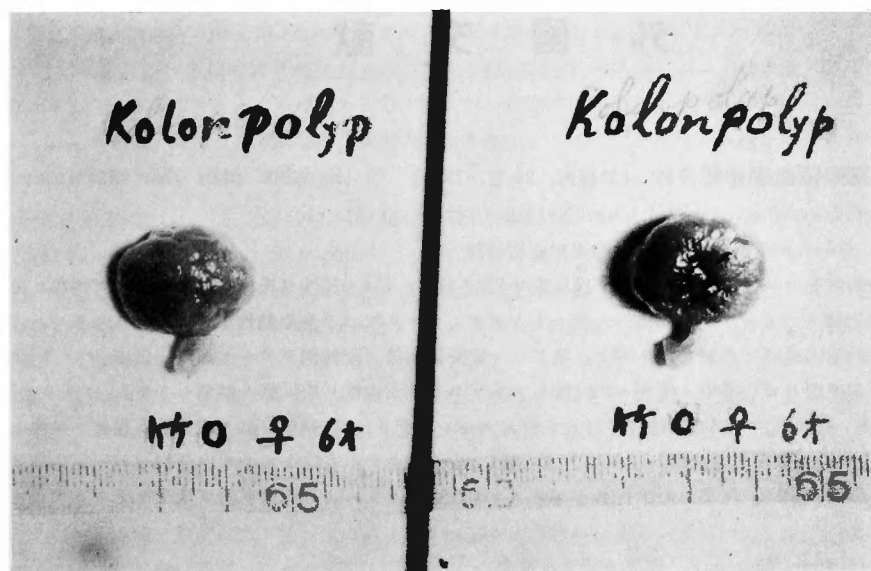
dosierte Kompression ヲ加ヘルト ← ノ部分ニ陰影缺损ヲ證明ス。

第 2 圖



經肛門第Ⅲ検査法一即チ空氣注腸法一ニヨリ →← 部ニ圓キ腫瘤ヲ證明シ、約5 厘米範圍ヲ自由ニ移動セシメ得。

第 3 圖



表面像

裏面像

切除標本

第 4 圖



組織標本

小圓形細胞，淋巴球浸潤アリ。